



Stichting
Transmurale
Zorg sterk in
verbinden

Werkafspraken Jicht

In de NHG standaard artritis staan beknopte adviezen over jicht. De diagnostiek en behandeling van jicht is daardoor niet voor alle voorschrijvers in de eerstelijns even duidelijk. Aan de hand van de ervaringen uit de praktijk is een opzet gemaakt voor een regionale werkafpraak. Deze is opgesteld door reumatologen dr. N. Riyazi en dr. A.L. Huidekoper in samenwerking met de werkgroep FarmacoTherapeutisch Transmuraal Overleg (FTTO).

Doel van de afspraak

Het doel van deze afspraak is het creëren van eenduidig diagnose- en behandeladvies voor jicht in de Haagse regio.

Inhoud

Stroomschema

Jichtcalculator

Diagnose

Behandeling acute jicht

Behandeling chronische jicht

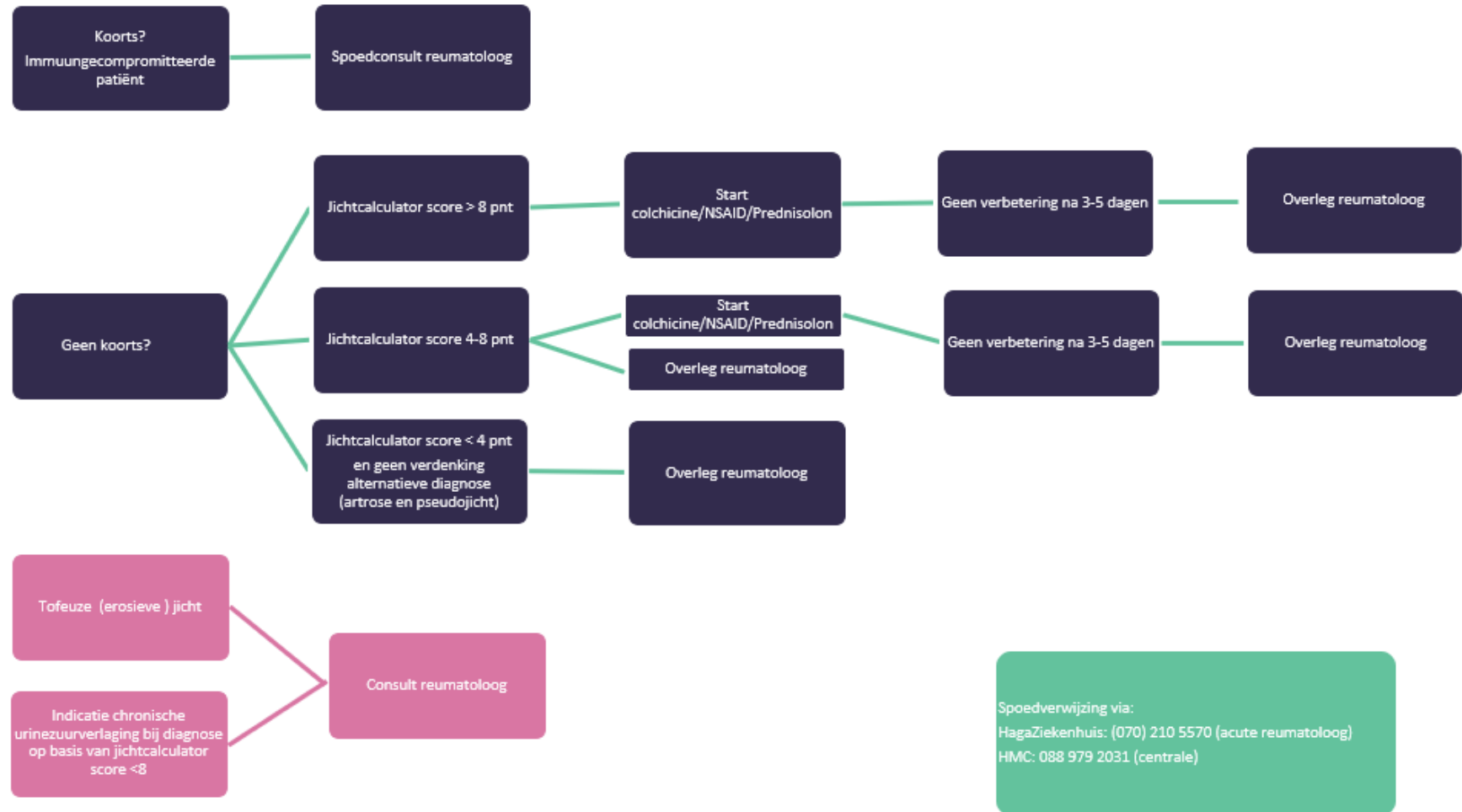
Interacties colchicine en statine

Bronvermelding

Bijlagen



Stroomschema bij patiënt met monoartritis en indicaties voor doorverwijzing naar de reumatoloog



Jichtcalculator

Tabel 1: Een patiënt met een monoartritis

Predictor	Score (punten)
Mannelijk geslacht	2
Eerdere aanval	2
Ontstaan <1 dag	0.5
Roodheid gewricht	1
1 ^e MTP	2.5
Hypertensie of ≥ 1 CVD eindpunt*	1.5
Urinezuur >0,35 mmol/l	3.5
Totaalscore jichtcalculator	Som van behaalde punten

* Angina pectoris, hartinfarct, hartfalen, TIA, CVA of perifeer vaatlijden

Tabel 2: Het toepassen van de jichtcalculator op basis van de in tabel 1 behaalde totaal score, in de 1^e lijn.

≤4 punten	4-8 punten	≥ 8 punten
Geen jicht in 95% van de gevallen	Onduidelijke diagnose	Jicht in 87% van de gevallen
Advies: Overweeg een andere diagnose. Differentiaal Diagnose: - septische artritis - CPPD artritis* (pseudo jicht) - auto-immuun - artrose	Advies: Gewrichtspunctie. Indien niet mogelijk: patiënt monitoren	Advies: behandelen als jicht, inclusief monitoren van cardiovasculaire risicofactoren

* Calcium pyrofosfaat dihydraat deposities

Diagnose

Volg het stroomschema voor diagnostiek bij jicht.
De jichtcalculator staat hierboven omschreven.



Behandeling acute jicht

1. Behandel een acute jicht aanval kortdurend met NSAIDs, colchicine of glucocorticoiden. De keuze van een middel wordt bepaald door de comorbiditeit (diabetes mellitus, nierinsufficiëntie, cardiovasculaire ziekte) en co-medicatie van de patiënt.
2. Systemische glucocorticoiden (prednisolon 30mg per dag) bij voorkeur toepassen bij polyarticulaire ziekte of uitgebreid betrokkenheid van de weke delen. Bij betrokkenheid van één gewricht, kan intra-articulaire methylprednisolon worden overwogen. Toedienen van intra-articulaire injecties is uiteraard voorbehouden aan een arts die hiermee ervaring heeft.
3. Beperk de dosering colchicine tot maximaal 3 dd 0,5 mg. Zet behandeling met colchicine (zo mogelijk) voort (evt in een afbouw dosering bijvoorbeeld: 3-2-2-1-1) tot volledige resolutie van klachten. Bij creatinineklaring 10-30 ml/min, start met 0,5 mg 1dd1, eventueel dosering verhogen tot 1 mg per dag op geleide van bijwerkingen. Bij dialyse patiënten maximaal 1dd1 0,5 mg colchicine, chronische onderhoudstherapie bij deze groep patiënten vermijden.



Behandeling chronische jicht

Indicatie

1. Chronische jicht: het optreden van >2 aanvallen per jaar
2. Het bestaan van polyarticulaire ziekte en
3. Het bestaan van tofeuze/erosieve jicht.

Behandeling

1. Allopurinol is de 1^e keuzebehandeling van chronische jicht.
2. Om aanvallen tijdens de instel fase te voorkomen, start gelijktijdig met colchicine 1 dd 0,5 mg gedurende 3-6 maanden afhankelijk van de ernst van de jicht (langer bij tofeuze jicht).
3. Hanteer een optitreeschema bij het gebruik van allopurinol, waarbij de startdosis, de einddosis en de optitreeintervallen in afhankelijkheid van de eGFR zijn. Het doseringsschema voor allopurinol staat beschreven in de bijlage.
4. Verwijs naar de 2^e lijn voor behandeling bij eGFR <30 ml/min/1,73 m² vanwege hoger risico op interactie met comedicaatie en regelmatige controles.
5. Wees vooral in de 1^e 4-6 weken bedacht op het optreden van Allopurinol Hypersensitivity syndroom (AHS). Bij verdenking op AHS wordt allopurinol onmiddellijk gestaakt (zie bijlage).
6. Overweeg verwijzing naar de tweede lijn voor alternatieve therapie (febuxostat, benzbromaron bij patiënten van Koreaanse, Thaise, of Chinese afkomst met een verminderde GFR).
7. Intensiveer de behandeling tot serum urinezuurspiegels <0,36 mmol/l bereikt zijn (treat to target).
8. Bij tofeuze jicht is de target <0,3 mmol/l.
9. Overweeg non-compliance, indien serum urinezuurspiegels niet bereikt worden bij een allopurinoldosering van 300 mg, alvorens verder ophogen, of alternatieve therapie te overwegen.
10. Febuxostat en benzbromaron worden in principe alleen in de 2^e lijn geïnitieerd. De controle van patiënten met een serum urinezuur spiegel <0,36 mmol/l onder febuxostat, en/of benzbromaron kan op initiatief van de 2^e lijn wel in de 1^e lijn geschieden.
11. Overweeg losartan en/of calciumantagonisten als eerste keus behandeling van hypertensie bij patiënten met jicht. Hydrochloorthiazide, bij voorkeur niet als hypertensie behandeling voorschrijven.



Interacties colchicine en statine

Het risico op myopathie (spierziekte) is verhoogd; zowel statines als colchicine kunnen myopathie veroorzaken.

Overleg met de apotheker

1. Overweeg het statine tijdelijk te staken alleen bij een korte kuur colchicine.
2. Bij indicatie voor chronisch gebruik van colchicine bij een patiënt met een indicatie voor een statine
 - monitor creatinekinase- en nierfunctiewaarden
 - halveer maximaal gedoseerde statines (bijvoorbeeld Simvastatine 80mg verlagen naar 40mg).
 - informeer de patiënt over de mogelijke verschijnselen (snel opkomende hevige spierpijn en soms minder plassen of donkere bruine urine). De patiënt moet onverklaarde spierpijn of spierzwakte direct melden
 - Apotheker geeft interactiefolder mee

Risicofactoren: verminderde nierfunctie, hoge totale cumulatieve dosis colchicine.



Bronvermelding

A diagnostic rule for acute gouty arthritis in primary care without joint fluid analysis- Hein J.E.M. Janssens- ARCH INTERN MED/VOL 170 (NO 13), JULY 12,2010

Samengesteld door

Deze aangepaste werkafspraken is vastgesteld in januari 2019 door de Stuurgroep van het Farmacotherapeutisch Transmuraal Overleg (FTTO).

Contactpersoon voor deze werkafspraken is [Inge Stollman](#)

Meer informatie

Meer informatie over het FTTO en over de gemaakte werkafspraken is te vinden op www.transmuralezorg.nl.



Bijlagen

Allopurinol

Voorgesteld doseringsschema voor allopurinol in relatie tot GFR

CNI stadium	Startdosis	Titratiestap	Onderhoudsdosis*
Geen	100 mg	100 mg a 2-4 wkn	900 mg over 2 doses
II-III (60-90 ml/min)	100 mg	50-100 mg a 2-4 wkn	600 mg over 2 doses
III (30-60 ml/min)	100 mg	50-100 mg a 4 wkn	300-400 mg over 2 doses
IV (15-30 ml/min)	50 mg	50-100 mg a 4 wkn	300-400 mg over 2 doses
V (<15 ml/min)**	50 mg	50-100 mg a 4 wkn	300 mg over 2 doses

*complianceproblemen en renale hyposecretieuitsluiten bij >300 mg

** in 2^e lijn

Patiënten van Koreaanse, Thaise, of Chinese afkomst met een verminderde GFR hebben mogelijk een verhoogd risico op AHS. Overweeg daar een alternatieve therapie in overleg met de 2^e lijn (febuxostat, benzbromaron).

Bijwerkingen Allopurinol en het Allopurinol hypersensitivity syndroom (AHS)

Allopurinol geeft regelmatig gastrointestinale bijwerkingen en milde huiduitslag, maar deze bijwerkingen vormen niet de basis voor de zorgen over het gebruik van allopurinol bij een verminderde GFR. Het allopurinol hypersensitiviteit syndroom (AHS) is dat wel. AHS is een ernstige complicatie van het gebruik van allopurinol met een geschatte incidentie van 0,1-0,4% en een letaliteit van 27% gekenmerkt door koorts en een erythemateuze, desquamerende huiduitslag soms culminerend in een Stevens Johnson syndroom. Deze complicatie is in de literatuur o.a. geassocieerd met CNI, maar daarnaast ook met recente start van het geneesmiddel (vooral in de eerste 4-6 weken), het gebruik van thiazide- en lisdiuretica, die interfereren met de renale klaring van oxypurinol, een hogere startdosis allopurinol en het HLA-^{*}5801 allel, dat frequent voorkomt bij Koreanen, Thai en Chinezen. De behandeling van AHS bestaat uit vroege herkenning, discontinueren van allopurinol en ondersteunende maatregelen in afwachting van herstel.

De angst voor deze zeldzame maar ernstige bijwerking en de mogelijke relatie met een verminderde GFR en verhoogde oxypurinolspiegels hebben geleid tot dosisalgoritmes, waarbij de toegestane allopurinoldosis berekend werd op basis van de GFR. Het is niet gebleken, dat dergelijke schemata hebben geleid tot een lagere incidentie van AHS, maar het is wel aangetoond, dat bij het hanteren van dergelijke gefixeerde dosis zonder optitratie de target-urinezuurspiegel slechts zelden gehaald worden.

Een kleine prospectieve studie van 83 patiënten hanteerde bij 45 patiënten een optitreeschema, waarbij in 88,8% (31/35) urinezuurspiegels <0,36 mmol/l werden bereikt zonder gevallen van AHS. Op grond van deze studie werd een startdosis van 1,5 mg allopurinol per eenheid van eGFR aanbevolen (50-100 mg in de praktijk), die na minimaal 1 maand opgetitreerd mag worden met 50-100 mg/maand tot streef urinezuurspiegels bereikt worden zelfs wanneer er doses van meer dan 300 mg dag nodig zijn. AHS verwacht men in de eerste periode na initiatie en treedt in de latere optitreefase eigenlijk niet op.



Hyperuricemia en cardiovasculaire ziekte

De NVR richtlijn beveelt aan om bij patiënten met asymptomatische hyperuricaemie en jicht, de cardiovasculaire risicofactoren in kaart te brengen. Deze aanbeveling berust op een toenemende bewijslast voor een associatie tussen zowel hyperuricaemie als jicht enerzijds en incidentie hypertensie, cardiovasculaire en cerebrovasculaire morbiditeit en mortaliteit anderzijds. Hyperuricaemie en jicht lijken hierbij onafhankelijk risicofactoren voor cardiovasculaire ziekten te zijn, waarbij er pathogenetisch gespeculeerd wordt over endotheliale dysfunctie en oxidatieve stress. Allopurinol verlaagt mogelijk het risico op hart- en vaatziekten en mortaliteit bij patiënten met hyperuricaemie, waarbij het onduidelijk is of dit effect loopt via de verlaging van de urinezuurspiegel, danwel van andere bijvoorbeeld antioxidante effecten van allopurinol. Definitieve bewijzen voor de effecten van urinezuurverlagende therapie op hart- en vaatziekten uit goed uitgevoerde RCTs zijn er nog niet. De uitkomst van de FREED studie (Trials.gov identifier: NCT01984749) naar het effect van febuxostat op cerebro-, cardio- en renovasculaire eindpunten in oudere patiënten met hyperuricaemie toont aan dat het effect positief is. Een review van de literatuur, die de bewijslast sinds de publicatie van de NVR richtlijn ook samenvat, ondersteunt de in de NVR geformuleerde conclusies. (Borgh et al, jour hypert 2015).

De NVR richtlijn beveelt aan om de behandeling met allopurinol te overwegen bij patiënten met jicht en <2 aanvallen per jaar, indien zij een hoog risico op hart- en vaatziekten op basis van traditionele risicofactor hebben. Deze regionale richtlijn onderschrijft deze aanbeveling.

